介 護 報 酬 過 誤 連 絡 票

千早赤阪村長 様

年　月　日

事　業　者　名	
事 業 所 番 号	
連　絡　先　TEL	
担　当　者	

次の請求について、過誤の取扱いをお願いします。

被保険者番号 被保険者名（カナ）	サービス提供年月	サービス種類・項目 コ ー ド	申　立　事　由
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		